

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

533

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre MONTAGNE

Né le 2 Juin 1914, à CONTRES (Loir-et-Cher)

Contribution à l'étude
de la prophylaxie de la syphilis héréditaire

De quelques causes d'échec
(Mortalité foetale et mortalité des premiers jours)
du traitement anti-syphilitique prénatal

TRAVAIL DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
SERVICE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Président : M. LÉVY-SOLAL, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre MONTAGNE

Né le 2 Juin 1911, à CONTRES (Loir-et-Cher)

Contribution à l'étude
de la prophylaxie de la syphilis héréditaire

De quelques causes d'échec

(Mortalité fœtale et mortalité des premiers jours)
du traitement anti-syphilitique prénatal

TRAVAIL DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
SERVICE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Président : M. LÉVY-SOLAL, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	VIL LARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALIER	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNK-		LANTUEJOUL
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	Pathologie médicale.

MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELIEVRE..	Médecine légale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.	RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
MOLLARET	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
PETIT-		WILMOTH	Pathologie chirurgicale
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.	VAUDESCAL ...	Obstétrique.
CHAILLEY-		LE LORIER ...	Obstétrique.
BERT	Physiologie.	SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

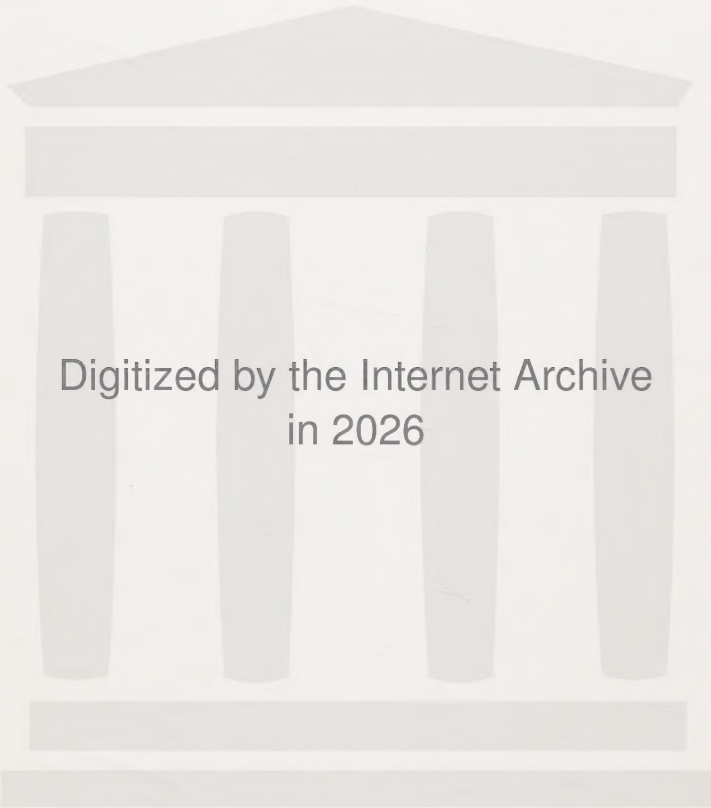
IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCC	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR			
VALLERY-			
RADOT			
SEZARY		ECALLE	} Clinique obstétricale
		METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A LA MEMOIRE
DE MON GRAND-PERE A. BOULLAY

A MA BONNE GRAND'MERE

A MON PERE

A MA MERE

Les premiers et les plus attentifs de
mes maîtres, à qui je dois le meilleur
de moi-même.

Faible témoignage de ma profonde
affection.

A MES COUSINS

MADAME HENRI JUDET

MADAME ARLETTE MAURETTE-JUDET

LE DOCTEUR HENRI JUDET
Officier de la Légion d'Honneur

LES DOCTEURS JEAN ET ROBERT JUDET
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

Près desquels, jeune étudiant, j'ai toujours trouvé l'accueil familial le plus large, et dont l'amitié m'est précieuse.

Je leur exprime ici toute mon affection et ma reconnaissance.

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette Thèse.

Avec l'expression de ma respectueuse et profonde gratitude.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu m'accorder le privilège de continuer, dans son service de la Clinique Baudelocque, mon instruction obstétricale, et dont j'espère pouvoir suivre encore longtemps le précieux enseignement.

En témoignage de reconnaissance et de respectueuse admiration.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD

Médecin de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a toujours témoigné un affectueux intérêt, et m'a inspiré cette Thèse. Témoignage de respectueux attachement.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS
1929-1930

et tout particulièrement

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS
Directeur de l'Ecole
Commandeur de la Légion d'Honneur

et

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENOYELLE

Que je n'ai cessé d'admirer, et
dont je n'ai pas oublié qu'il encouragea paternellement mes premiers efforts.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

EXTERNAT :

1931 MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARRIER

(In Memoriam)

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

1932 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

JOUSSET

Médecin de l'Hôpital Laënnec

1933 MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

(In Memoriam)

Chirurgien de l'Hôpital Laënnec

et MONSIEUR LE DOCTEUR H. WELTI

Chirurgien des Hôpitaux

1933-34 MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD

Médecin de l'Hôpital Cochin

1934-35 MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis (annexe Grancher)

1935 MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR CATHALA
Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis

1936 MONSIEUR LE DOCTEUR P.-P. LEVY
Chef de Laboratoire des Hôpitaux
chargé de la consultation d'enfants de la Polyclinique Ney
(Hôpital Bichat)

1937-38 MONSIEUR LE PROFESSEUR COVELAIRE
Accoucheur de la Clinique Obstétricale Baudelocque

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PUÉRICULTURE
et en particulier

A MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLE
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades ..

1938. — *Diplôme de Puériculture.*

A MES MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE
et en particulier

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON
Membre de l'Académie de Médecine

1938. — *Diplôme d'Hygiène.*

AU DOCTEUR STANISLAS DE SEZE
Médecin des Hôpitaux de Paris

AUX DOCTEURS PIERRE VIALLE, JEAN JUDET
JACQUES LE BEAU
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

Qui furent mes conférenciers.

A MADEMOISELLE RENARD
Assistante de Laboratoire à la Clinique Baudelocque

A MESDEMOISELLES J. JAGER ET J. KELLER
Assistentes Sociales au Dispensaire de Baudelocque

En remerciement de l'aide éclairée
et précieuse qu'elles m'ont apportée
dans l'établissement des statistiques
et la recherche des observations.

De quelques causes d'échec du traitement anti-syphilitique prénatal

INTRODUCTION

La Prophylaxie de la Syphilis Héréditaire n'est vraiment devenue rationnelle et effective que depuis un vingtaine d'années.

Elle est née avec la création, en 1919, à la Maternité Baudelocque, par mes Maîtres, M. le Professeur COUVELAIRE et M. le Docteur Marcel PINARD, d'un Dispensaire anti-syphilitique, pour le dépistage et le traitement des « syphilis familiales ».

Cette formule de prophylaxie, basée essentiellement sur la collaboration étroite de l'accoucheur et du syphiligraphe, a très vite fait son chemin, et de nombreux organismes, semblables à celui de Baudelocque, ont été créés depuis, dans toutes les grandes Maternités.

Ce travail a été écrit sur des observations recueillies, pendant près de vingt années, au Dispensaire de Baudelocque.

Il a été inspiré et guidé par l'un des créateurs de la « Formule », ce sont ses deux principaux mérites.

De nombreux auteurs ont rapporté, en d'éloquents statistiques, sur l'abaissement de la mortalité infantile, les premiers et magnifiques résultats, de ce qui est appelé maintenant « la formule Couvelaire ».

Plus modeste, ce que nous rapportons surtout, ce sont des échecs, des échecs survenus, malgré qu'on ait fait « tout ce qui semblait logique et utile de faire ».

L'analyse de ces « cas malheureux » nous montre que beaucoup sont évitables.

L'enseignement qui en a été tiré a déjà permis de substituer des succès à des échecs. Notre but en les faisant connaître est d'essayer d'améliorer encore les méthodes prophylactiques de la syphilis héréditaire.

DANS CE TRAVAIL, NOUS SUIVRONS LE PLAN SUIVANT :

- Nous retracerons en un rapide historique :
Les débuts hésitants de la prophylaxie de la syphilis héréditaire, depuis l'apparition de la syphilis en France.
L'histoire des consultations prénatales, particulièrement celle du Dispensaire de Baudelocque.
- Nous rappellerons brièvement :
Le fonctionnement d'un tel organisme,
et les résultats déjà acquis.
- Nous rapporterons des statistiques personnelles plus récentes, établies à Baudelocque ; ces statistiques montrent notamment qu'il existe encore de trop nombreux « échecs du traitement ».

— Nous nous attacherons plus spécialement à l'étude de ces cas d'échecs que l'on peut répartir en trois groupes :

A. — Les échecs indépendants du traitement et de la syphilis elle-même.

B. — Les échecs dépendant d'une syphilis organique, devenue inaccessible au traitement.

C. — Les échecs relevant directement de la syphilis, et expliqués par une insuffisance de la prophylaxie.

Soit à l'étape du dépistage,

Soit à l'étape du traitement.

— Nous concluons en proposant des remèdes à ces échecs.

HISTORIQUE DU TRAITEMENT ANTI-SYPHILITIQUE PRENATAL

A peine la syphilis faisait-elle son apparition en Europe, à la fin du quinzième siècle, que des médecins avertis, dont le grand Ambroise PARÉ, publiaient au début du seizième siècle les premières observations précises tendant à prouver la réalité de la transmission de la syphilis des parents à leurs enfants.

En 1578, Laurent JOUBERT, de Montpellier, écrivait déjà :

« La véritable prophylaxie de la syphilis congénitale, la véritable sauvegarde des enfants issus de parents infectés est la guérison des procréateurs. »

Il est remarquable de noter que quatre siècles plus tard, il n'y a pas un mot à changer, ni à ajouter, à cette phrase qui, dans sa brièveté, résume la seule formule vraiment efficace de la prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Mais cette judicieuse conception se heurta, dans la réalisation, à d'énormes difficultés.

La première était certes l'impossibilité fréquente de connaître, avant la conception, et pendant la gestation, la syphilis des procréateurs.

La deuxième difficulté venait de l'insuffisance des moyens thérapeutiques en usage pour réaliser la stérilisation de la syphilis chez les parents.

Les autres difficultés, et ce n'étaient pas les moindres, naissaient de la résistance des médecins aux idées nouvelles. La crainte de voir attribuer à leur thérapeutique les cas malheureux, paralysa leur effort et fit que rien ne fut systématiquement tenté jusqu'à la deuxième moitié du XVIII^e siècle.

Bien au contraire, les femmes atteintes de « mal vénérien » étaient impitoyablement exclues aussi bien des Refuges et Maisons de l'Hôpital général, que de l'Hôtel-Dieu.

Par contre, celles qui parvenaient à se faire admettre dans les organisations spéciales du Grand Bureau des Pauvres, se voyaient infliger, au nom de la morale, une obligatoire fustigation, en même temps que le traitement.

Notons cependant que certains médecins prirent leurs responsabilités, et que de malheureuses « vérolées » ne craignirent pas, pour se faire soigner, d'affronter les peines « répressives », puisque, vers 1650, l'accoucheur Fr. MAURICEAU relatait le premier succès du traitement anti-syphilitique prénatal.

C'est en 1789 seulement, qu'à la demande de deux médecins : COLOMBIER et FAGUIER, le lieutenant général de police LE NOIR créa l'Hospice de Vaugirard « pour la guérison des enfants nouveau-nés, par le moyen de leur mère ou nourrice ».

Remarquablement organisé par ses créateurs, l'Hospice de Vaugirard eut de brillants débuts. Il fonctionna non seulement « en maternité » à l'usage des femmes syphilitiques, mais aussi en consultation de nourrissons nés de mères infectées.

Cependant, le premier médecin de l'Hospice, DOUBLET, dut bientôt publier des statistiques :

La mortalité des enfants était de 78 %.

Les mères accouchaient bien, parfois, d'enfants vivants, mais ces enfants étaient infectés et le traitement par l'intermédiaire du lait de la nourrice était parfaitement illusoire.

C'est à DOUBLET que revient le mérite d'avoir le premier appliqué directement aux nourrissons le remède spécifique.

Cependant, en 1790, lui aussi faisait état de nombreux échecs, échecs partiels puisque la plupart des enfants étaient vivants, mais échecs cependant, puisque beaucoup mouraient presque aussitôt et « les deux tiers peut-être, disait-il, n'atteindront jamais l'âge où la société pourrait espérer d'eux quelques services ».

L'Hospice de Vaugirard connut, après cette époque, des fortunes diverses.

En 1792, il était intégré au nouvel hôpital des vénériens, futur hôpital Saint-Jacques, actuellement hôpital Cochin. La Maison Maternelle se trouvait ainsi au voisinage immédiat de la Maternité récemment organisée à Port-Royal.

Déjà donc on voyait se rapprocher accoucheurs et syphiligraphes.

Après DOUBLET, MAHON, puis BERTIN remplirent les fonctions de médecin du service des mères et enfants syphilitiques.

La mortalité des enfants syphilitiques tomba de 78 % à 30 %. C'était un magnifique succès, mais BERTIN insistait sur l'utilité, chez les enfants, d'une surveillance prolongée et d'un traitement longtemps poursuivi.

Malgré cela, BERTIN n'eut pas de successeur. Ses fonctions furent attribuées au chirurgien déjà chargé des autres services de vénériens. La collaboration de l'accoucheur pédiâtre avec le syphiligraphe était morte. Ce fut le début de la décadence de la Maison Maternelle.

En 1836, elle émigrerait encore et était rattachée à l'hôpital de Lourcine, devenu depuis Hôpital Broca.

D'année en année, la Maison Maternelle vit rapidement son activité décroître et peu à peu disparut.

C'est surtout à la fin du siècle dernier que l'étude de la syphilis héréditaire connut un regain d'activité avec Alfred FOURNIER et ses élèves. Ils montrèrent :

— que la syphilis était loin d'être guérie parce qu'on avait, par un traitement de quelques semaines ou de quelques mois, fait disparaître ses manifestations objectives ;

— que des syphilitiques ainsi « blanchis » étaient parfaitement capables de transmettre la maladie à leurs enfants, ou même à leurs petits-enfants par l'intermédiaire d'enfants apparemment sains, parfois porteurs de stigmates dystrophiques révélateurs d'hérédo-syphilis; parfois même, indemnes de tout stigmate ;

— ils montrèrent aussi le polymorphisme des manifestations de la syphilis héréditaire, et c'est à Alfred FOURNIER que l'on doit la description de tous ces petits signes dits de certitude ou de probabilité, qui nous sont encore d'un si grand secours dans le dépistage de la maladie ;

— c'est enfin sous l'impulsion d'Alfred FOURNIER que furent créés des dispensaires et, dans les hôpitaux, des consultations du soir pour faciliter et améliorer le traitement des syphilitiques.

Malgré ce progrès d'une importance sociale considérable, les accoucheurs enregistraient toujours sensiblement la même proportion d'avortements et de mort-nés.

Peut-être même, ces syphilis seulement « blanchies », parfois même mal « blanchies », offraient-elles un danger plus grand au point de vue de la procréation ; en effet :

Les mères qui se croyaient guéries, omettaient, par une discrétion bien compréhensible, de signaler à l'accoucheur, à l'occasion de la grossesse, la syphilis dont elles avaient été atteintes.

D'autre part, l'examen clinique ne révélait plus aucun signe apparent de la maladie.

Quant à l'hérédo-syphilis, lorsque les procréateurs en étaient eux-mêmes atteints, elle échappait presque toujours au dépistage. D'ailleurs, bien peu de médecins, hormis les spécialistes, croyaient à la virulence de ces hérédo-syphilis et à l'opportunité d'un traitement actif.

La syphilis n'était donc qu'exceptionnellement reconnue à la « Consultation de Femmes enceintes ». Il fallait que la femme présentât :

— des accidents primaires ou secondaires de syphilis acquise,

— ou bien quelque symptôme gravidique, comme l'hydramnios,

— ou bien encore qu'elle accusât des antécédents obstétricaux chargés motivant un examen sérologique, pour que la syphilis fût découverte et qu'un traitement fût conseillé.

Même lorsqu'il était conseillé, ce traitement était rarement bien suivi.

Car, aux consultations spécialisées des Hôpitaux, les femmes enceintes répugnaient à se rendre pour des raisons bien compréhensibles.

Et dans la famille, elles se contentaient de quelques pilules, de quelques doses d'iodure, sur l'ordonnance d'un médecin de famille souvent sceptique, parce que mal instruit des questions d'hérédité.

Dans tous les cas, l'accoucheur ignorait à peu près tout de ce qui avait été fait au point de vue prophylactique, et l'auteur de cette prophylaxie était mal renseigné des résultats acquis.

LES DISPENSAIRES ANTI-SYPHILITIQUES ANNEXES AUX MATERNITES

Historique.

C'est en 1919 que M. le Professeur COUVELAIRE, M. le Docteur Marcel PINARD comprirent la nécessité de pratiquer à la *maternité même*, la prophylaxie des maladies héréditaires.

Un dispensaire anti-syphilitique fut donc annexé à la Maternité Baudelocque.

Il fut ouvert non seulement aux femmes gravides, dont on voulait améliorer les conditions de traitement, mais aux femmes ayant eu des « gestations malheureuses antérieures, et aussi aux nourrices, aux nourrissons, et même aux pères qu'il était jusque-là impossible d'atteindre.

Ainsi était réalisée, par la collaboration de l'accoucheur et du syphiligraphe, *au même lieu et dans les mêmes mains, la surveillance et le traitement des syphilis familiales.*

Le 7 août 1920, un an et demi après sa création, le dispensaire de Baudelocque était reconnu officielle-

ment et adopté dans les cadres administratifs de l'Assistance Publique.

Dès 1921, le Docteur FAIVRE, Directeur des services des maladies vénériennes, préconisait, au nom du Ministère de l'Hygiène, l'extension à toutes les Maternités de France, de la formule Couvelaire.

Sous l'impulsion du Docteur CAVAILLON, successeur du Docteur FAIVRE, la formule fut étendue aux institutions de puériculture; et, à l'heure actuelle, on peut dire qu'il n'est pas de Maternité ou d'Institution de Puériculture de quelque importance, qui ne soit subventionnée par le Ministère de la Santé Publique pour la prophylaxie ou le traitement de la syphilis congénitale.

Fonctionnement.

Il serait fastidieux de s'étendre sur les différents rouages assurant le bon fonctionnement d'un tel dispensaire, rappelons seulement que le mécanisme de la prophylaxie comporte deux étapes :

- le dépistage,
- le traitement.

AU DÉPISTAGE participent tous les services de la Maternité :

- Consultation de femmes enceintes;
- Service d'accouchements proprement dit;
- Service des suites de couches et des nourrissons;

— Enfin, consultation de gynécologie.

Tous les renseignements recueillis à ces stades successifs de la « procréation », sont centralisés entre les mains du syphiligraphe. Ce dernier mène alors personnellement son enquête et affirme ou écarte l'opportunité d'un traitement spécifique.

CE TRAITEMENT, c'est encore le syphiligraphe qui en fixe les modalités, le dirige et le surveille, en même temps que l'accoucheur surveille l'évolution de la gestation.

Les résultats acquis.

Les premiers résultats connus furent naturellement ceux de Baudelocque. Ils furent rapportés par M. LÉVY-SOLAL, à la Conférence de la syphilis héréditaire de Paris, en 1925 : 256 femmes syphilitiques suivies à Baudelocque, de 1919 à 1924, avaient eu, AVANT TOUT TRAITEMENT, 530 gestations, dont 102 enfants ayant dépassé l'âge d'un an, soit un déchet de 82 %.

APRÈS DÉPISTAGE ET TRAITEMENT AU DISPENSAIRE, ces femmes ont eu : 269 gestations, dont 242 enfants ayant dépassé l'âge d'un an, soit un déchet de seulement 10 % !

D'autres statistiques comparatives, portant alors sur la mortalité in utéro, furent fournies en 1928 (*Pa-*

ris Médical, décembre 1928), par le Professeur COUVELAIRE lui-même :

Mortalité globale in utéro, avant le travail

De 1890 à 1919 : Clinique Baudelocque (A. PINARD).

Pour 10.000 naissances :

237 fœtus morts, dont 77 %, sûrement imputables à la syphilis.

De 1920 à 1927 : Clinique Baudelocque (A. COUVELAIRE), dotée de son dispensaire anti-syphilitique.

Pour 10.000 naissances :

145 fœtus morts, dont 35 % sûrement imputables à la syphilis.

Nous rappelons enfin de très intéressantes et récentes statistiques empruntées à l'ouvrage de GIRARD et RISTERUCCI, intitulé « Syphilis et grossesse » et portant sur la morti-natalité de la Ville de Toulon :

Cette statistique porte sur 10 années, de 1925 à 1935.

Nombre total d'accouchements à Toulon 19.156

Nombre de mort-nés 842, soit 4,37 %

Parmi les femmes suivies au Dispensaire, type Baudelocque, et où collaborent les deux auteurs :

Nombre d'accouchements .. 7.273

Nombre de mort-nés 104, soit 1,4 %

Dans le reste de la population (femmes non suivies
au Dispensaire) :

Nombre d'accouchements ... 11.983

Nombre de mort-nés 739, soit 6,16 %

STATISTIQUES PERSONNELLES

Des statistiques personnelles nous ont paru l'introduction logique à ce travail.

Elles ont été établies sur un nombre global de 21.241 gestations observées pendant 7 années de fonctionnement de la Clinique Baudelocque, de 1929 inclus à 1935 inclus.

Pendant les mêmes 7 années, les registres du Dispensaire accusent :

1.753 grossesses chez des syphilitiques, ou plus exactement, 1.753 grossesses où la syphilis s'est révélée, soit à la fois chez la mère et le produit de la conception, soit chez la mère seulement, le produit de la conception n'étant pas apparemment taré à la naissance, soit chez l'œuf seulement, la mère étant apparemment indemne.

Nous dirons donc qu'il s'agit de 1.753 « grossesses syphilitiques ». Sur 21.241 gestations, cela fait un pourcentage de 8,2 %. Ce pourcentage est inférieur à ceux fournis par de nombreux auteurs :

30 % d'enfants hérédos pour MARFAN, 40 % pour HUTNEL, 10 % pour M. LESNÉ : auxquels il faut

ajouter les syphilitiques « acquis » à l'âge de la procréation.

Qu'on ne nous accuse donc pas d'avoir vu la syphilis partout.

Mais le fait que les « grossesses syphilitiques » aient été reconnues au Dispensaire, c'est-à-dire « dépistées », n'implique pas que la prophylaxie ait toujours pu être effective :

Parfois le diagnostic de syphilis n'a été posé que rétrospectivement, sur les lésions que présentaient l'enfant ou l'œuf.

D'autres fois, le dépistage a été fait tardivement, dans les derniers mois de la gestation.

D'autres fois enfin, malgré un dépistage précoce, la femme a suivi irrégulièrement son traitement.

Aussi, parmi ces « femmes dépistées », devons-nous considérer deux grands groupes :

GROUPE A. — *Celles qui n'ont reçu aucun traitement*, ou un traitement infime, inférieur à 2 séries arsenicales ou bismuthiques et que personne ne peut considérer comme suffisant.

Les grossesses de cette catégorie sont au nombre de 1.002.

GROUPE B. — *Celles qui ont été traitées*, c'est-à-dire qui ont reçu un traitement minimum de 2 séries arsenicales ou bismuthiques pendant la grossesse.

Les grossesses de cette catégorie sont au nombre de 781.

Nous avons comparé dans chacune de ces séries de

grossesses, non pas seulement le nombre de morts in utéro, mais le nombre de « grossesses n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant, ni même à la naissance d'un enfant viable », c'est-à-dire :

Les grossesses ayant donné :	{	soit un avortement spontané, soit un fœtus mort et macéré, soit un mort-né, soit un enfant débile n'ayant pas dépassé l'âge de quelques heures ou quelques jours.
---------------------------------	---	--

Nous avons réuni tous ces cas sous le nom de « GROSSESSES MALHEUREUSES ».

Nous avons toutefois exclu de notre définition :

— pour les avortements : les avortements volontaires ;

— pour la mortinatalité et la mortalité précoce, nous avons éliminé les morts survenues à l'occasion ou à la suite du travail (placenta prævia, présentation du siège chez les primipares, infection amniotique, etc...) ou d'une manœuvre obstétricale habituellement fœticide.

En dehors de ces cas éliminés de notre définition, nous avons englobé tous les autres cas de « grossesses malheureuses », sans présumer de leur cause, dans l'impossibilité où l'on se trouve souvent d'attribuer à une cause précise l'évolution anormale de la gestation, ou la mauvaise qualité du produit de la conception.

Les éléments de notre statistique étant ainsi définis, nous sommes en mesure de comprendre les deux tableaux suivants :

TABLEAU N° 1

		Grossesses malheureuses	Pourcen- tage
Nombre global de grossesses (avortements inclus)	21.241	1313	6,1 %
Nombre de grossesses syphi- litiques	1.753	191	10,8 %
Nombre d'accouchements chez des femmes considérées comme indemnes de syphi- lis.	19.488	1122	5,7 %
<i>Parmi les « grossesses syphilitiques » dépistées:</i>			
Nombre de grossesses du Groupe A (femmes peu ou pas traitées).	1.002	157	15,7 %
Nombre de grossesses du Groupe B. (femmes traitées ayant reçu au moins le « trai- tement minimum »	751	34	4,5 %

De l'étude de ce tableau, nous pouvons tirer plusieurs déductions :

1° Le traitement anti-syphilitique pré-natal a permis de mener à bien :

2 grossesses environ sur 100 grossesses « en général » ;

11 grossesses environ sur 100 « grossesses syphilitiques ».

2° Il existe encore un nombre fort important d'échecs « après traitement ».

3° Le nombre de femmes qui sont dépistées trop tardivement, ou qui se prêtent mal au traitement prénatal, est encore considérable.

4° Le pourcentage de « grossesses malheureuses » étant plus élevé (5,7 %) chez les femmes considérées comme saines, que chez les femmes syphilitiques, mais traitées (4,5 %), c'est que chez les premières, *un certain nombre de syphilis ont échappé au dépistage.*

Dans un second tableau, nous montrons quelles furent les différentes variétés de « grossesses malheureuses » chez les femmes « dépistées », chaque année, et dans chacun des groupes.

Dans nos chiffres, nous avons réuni les mort-nés et les enfants morts précocement, car, les affections acquises mortelles du nouveau-né étant exceptionnelles, les deux groupes relèvent, en l'absence de traumatisme obstétrical, des mêmes causes, et la mortalité précoce n'est qu'une mortinatalité prolongée.

De l'étude de ce deuxième tableau nous pouvons encore tirer de nouvelles déductions :

1° Les réactions sérologiques ne se sont montrées positives que dans un très petit nombre de syphilis, pourtant dangereuses pour la procréation :

404 sérologies positives pour 1.753 syphilis, soit 23 %.

Ce qui représente, pour l'ensemble des 21.241 grossesses observées, un pourcentage de 1,9 de sérologies positives.

2° Le traitement spécifique a eu la même heureuse action préventive sur les avortements des premiers mois que sur les avortements tardifs.

Il semble donc que, contrairement à certaines opinions, les avortements précoces relèvent avec la même fréquence de la syphilis que les avortements tardifs.

TABLEAU N° 2

Années	Syphilitiques dépistées	Sérologies positives	Grosses- ses mal- heureuses	Avorte- ments des premiers mois	Avortements tardifs et accouchements prématurés (Enfants non viables)	Morts et macérés	Morts-nés et morts les premiers jours
1929	Gr. B : 104	— 49	3	2	0	0	1
	Gr. A : 136		24	8	1	4	11
	240		27	10	1	4	12
1930	Gr. B : 144	— 68	5	2	1	1	1
	G. A : 156		29	11	9	7	2
	290		34	13	10	8	3
1931	Gr. B : 114	— 38	8	2	2	1	3
	Gr. A : 146		22	8	3	5	6
	250		30	10	5	8	9
1932	Gr. B : 149	— 81	7	2	0	1	4
	Gr. A : 191		28	10	2	5	11
	340		35	12	2	6	15
1933	Gr. B : 88	— 53	3	0	0	1	2
	Gr. A : 110		20	2	1	3	14
	198		23	2	1	4	16
1934	Gr. B : 89	— 70	5	1	0	1	3
	Gr. A : 141		13	2	1	1	9
	230		18	3	1	2	11
1935	Gr. B : 63	— 45	3	0	0	0	3
	Gr. A : 142		21	4	3	2	12
	205		24	4	3	2	15
Ensemble des 7 années	Gr. B : 751	— 404	34	9	3	5	17
	Gr. A : 1002		157	45	20	27	65
	1753		191	54	23	32	82

LES ECHECS DU TRAITEMENT

Définition.

Précisons que nous donnons au mot « échec » exactement la même signification que nous avons donnée au terme « grossesse malheureuse ». Car nous n'envisageons que les échecs bruts, irrémédiables lorsque la mère sort de la Maternité, en excluant les « demi-échecs » que représentent les enfants nés vivants et non débiles (quoique hérédosyphilitiques) et sortis en bonne santé apparente de la Maternité.

Nous savons que ces enfants sont susceptibles, tôt ou tard, dans la première ou la deuxième enfance, de présenter des manifestations pathologiques dues à leur syphilis, jusque-là latente ; mais, si l'on demeure fidèle au grand principe : « *Traiter systématiquement et convenablement les hérédosyphilitiques, même apparemment sains* », nous prétendons que tout danger de manifestation tardive est écarté.

Les résultats déjà acquis par les établissements du type WELANDER pour nourrissons hérédosyphilitiques :

— la Maison de Montgeron,

— la Maison de Garches,

sont probants à ce sujet.

Les vrais échecs sont donc seulement ceux observés en Maternité ; car, en matière de prophylaxie de la syphilis héréditaire, il nous paraît plus difficile d'avoir des enfants vivants et viables, que de les conserver et de les préserver de manifestations tardives.

Quant au sens que nous donnons au mot « traitement » dans notre définition, nous l'avons déjà précisé plus haut : c'est le traitement minimum de deux séries arsenicales ou bismuthiques pendant la grossesse, qui peut paraître suffisant, et l'est d'ailleurs dans certains cas, mais au-dessous duquel on ne peut vraiment pas dire qu'il y ait eu un véritable traitement.

Répartition des échecs.

Dans notre statistique, les échecs « après traitement » sont au nombre de 34. Ce nombre de 34 « grossesses malheureuses » ne représente peut-être pas seulement des échecs du traitement, mais il les englobe au moins tous.

Nous avons naturellement analysé les observations répondant à ces 34 cas, mais les idées que nous formulerons sont des déductions tirées de l'étude d'un bien plus grand nombre d'observations recueillies,

tant au Dispensaire de Baudelocque qu'à la Maternité Cognac-Jay (observations dues au Docteur PIMPANEAU).

Nous avons pu répartir ces cas d'échecs (34 cas) en trois groupes :

1° Les insuccès indépendants de la syphilis des procréateurs. Ce ne sont donc pas, à proprement parler, des « échecs de traitement » (5 cas).

2° Les insuccès dus à la syphilis mais par l'intermédiaire d'une lésion organique syphilitique responsable (4 cas).

3° Les insuccès directement dus à la syphilis, pour la plupart imputables seulement à une *insuffisance de la prophylaxie*. Ce sont de beaucoup les plus nombreux (25 cas).

A. — INSUCCES INDEPENDANTS DE LA SYPHILIS DES PROCREATEURS

Nous ne prétendons pas, en effet, que la syphilis soit l'unique cause de « grossesse malheureuse », même chez les syphilitiques. Il est bien évident que les infections aiguës survenant pendant la grossesse : pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatismes articulaires prolongés, les intoxications aiguës ou chroniques (saturisme), sont, aussi fréquemment chez elles que chez les femmes saines, cause d'avortement ou de mort fœtale ; mais elles représentent une infime minorité des cas observés. Il en est de même des causes *traumatiques* : chutes ou violences subies par la mère.

Les avortements par *malformation utérine*, *endométrite*, *fibrome*, etc., sont quelquefois observés chez les femmes traitées, sans qu'on puisse, dans ces cas, parler d'« échecs du traitement ».

Par contre, nous avons peu ou pas rencontré, chez les femmes traitées (avant la grossesse naturellement), ces avortements des premiers mois, considérés comme essentiels, ou attribués, faute de leur trouver une cause précise, à un déséquilibre des hormones génitales.

Le traitement aurait-il donc été capable de préve-

nir l'apparition de ces avortements précoces qui, pour beaucoup pourtant, ne sont pas « de la syphilis ».

Contrairement à ces auteurs, nous pensons, d'après nos observations et d'après les statistiques déjà discutées au tableau II, *que la syphilis joue un rôle aussi important dans l'étiologie des avortements des premiers mois que dans celle des avortements du milieu de la grossesse.*

Quant aux « *Syndromes de Déséquilibre humoral* », qui sont pourtant une cause générale importante de mortalité foétale, nous n'avons trouvé, chez les syphilitiques traitées, aucun échec à leur attribuer. Par contre, nous les avons souvent trouvés dans les antécédents de ces mêmes femmes.

Nous sommes tentés de conclure que le traitement avait eu sur ces « troubles de déséquilibre humoral », sur ces phénomènes d'« auto-intoxication gravidique » une heureuse action préventive.

Ces faits ne viennent-ils pas appuyer l'opinion de ceux qui placent les troubles de déséquilibre humoral parmi les manifestations d'une hérédo-syphilis maternelle (M. PINARD) ou parmi « les manifestations d'une hérédité vasculaire, intriquée avec une hérédité endocrinienne, pouvant bien procéder d'une même origine spécifique » (FRUHINSCHOLZ et RICHON, in *Gynécologie et Obstétrique*, février 1938).

B. — INSUCCES IMPUTABLES DIRECTEMENT A UNE LESION ORGANIQUE SYPHILITIQUE

Les lésions organiques syphilitiques maternelles susceptibles d'entraîner un échec de traitement sont surtout :

- soit cardio-vasculaires,
- soit rénales.

Ces lésions organiques, si elles sont graves et fixées, sont inaccessibles au traitement pré-natal et sont cause d'échecs irrémédiables.

a) LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES :

Les lésions *valvulaires*, insuffisance ou rétrécissement aortique syphilitique, mal compensées, peuvent être, aussi bien que les lésions rhumatismales, du même ordre, à l'origine d'accidents gravido-cardiaques, graves pour le fœtus aussi bien que pour la mère.

Mais c'est l'*hypertension* qui est le plus souvent responsable des accidents cardio-vasculaires. C'est parfois l'hypertension associée à une artérite plus ou moins généralisée et à une légère déficience rénale ; plus souvent c'est une hypertension solitaire, hyper-

tension des jeunes dont on sait qu'elle est habituellement liée à la syphilis héréditaire. C'est une hypertension permanente qu'on trouve dès le début de la grossesse, car elle existait avant elle, et qui est bien différente des poussées hypertensives de l'éclampsie. Elle n'en est pas moins susceptible, pendant la grossesse, d'exagération et de poussées paroxystiques brutales, pouvant entraîner la mort foetale ou le décollement de l'œuf en même temps que des accidents graves pour la mère. Par leur fréquence, ces paroxysmes peuvent mener la femme à la défaillance cardiaque et aux accidents gravido-cardiaques.

b) LES NÉPHRITES CHRONIQUES SYPHILITIKES représentent la deuxième grande cause d'échecs contre lesquelles bien souvent le traitement spécifique ne peut rien. D'après la thèse de VERNIER (1927), ces néphrites chroniques syphilitiques peuvent revêtir tous les types habituels des néphrites chroniques : type chlorurémique, azotémique, hypertensif ou mixte.

Parfois elles succèdent à une néphrite aiguë de la période secondaire ou tertiaire.

Dans les deux cas, *les néphrites chroniques syphilitiques peuvent être très frustes et être réveillées à l'occasion de la grossesse*. Leurs symptômes peuvent passer inaperçus dans l'intervalle des gestations

Elles sont pourtant différentes des troubles de déséquilibre humoral, car il existe une lésion rénale certaine, comme en témoignent l'urée sanguine, la cons-

tant d'Ambard, qui sont élevées, et les épreuves d'élimination rénale.

Elles se manifestent souvent par de l'albuminurie dès les premiers mois de la grossesse, albuminurie parfois élevée, parfois légère, mais constante à tous les examens.

Sur ce fond chronique peuvent se greffer des paroxysmes, accidents urémiques pouvant rappeler l'éclampsie, mais le traitement par le régime et le repos, qui a une action presque certaine sur l'éclampsie, agit peu en cas de lésion organique, et n'empêche pas, bien souvent, les femmes atteintes de néphrites chroniques de présenter des accidents obstétricaux.

Ces néphrites syphilitiques peuvent être parfois améliorées par un traitement spécifique long et prudent ; mais, au point de vue prophylactique prénatal, on peut difficilement attendre un résultat de ce traitement, dont on sait d'ailleurs combien il est difficile à conduire chez des malades dont les fonctions d'élimination sont troublées.

En résumé, on peut dire que ces lésions organiques, qu'elles soient cardio-vasculaires ou rénales, constituent des causes d'échec presque toujours inévitables, parce qu'elles sont habituellement fixées et inaccessibles au traitement spécifique.

Nous reproduisons ci-après deux observations, qui nous ont paru assez caractéristiques, d'« échecs du traitement » imputables à une syphilis organique :

OBSERVATION N° 1

B... Emma, 26 ans.

LA FEMME :

Ant. hér. : Père mort à 54 ans de *cancer de la langue* (5 enfants vivants). Mère vivante.

Ant. pers. : Née à terme (4^e enfant). Pas de retard de la marche et des dents. Chorée à 8 ans.

Examen : Hecht : 00.

LE MARI :

Ant. hér. : ?

Ant. pers. : 23 ans, b. p.

ANT. OBSTÉTRICAUX :

1^{re} gestation 1919 : acct. 6^e mois, à St-Antoine : enfant mort et macéré.

2^e gestation 1920 : suivie à Baudelocque : au 3^e mois, on trouve BW : légèrement positif; H. : positif. Traitement : 2 séries de Novar. Acc. le 15 avril 1921 : garçon 2.530 gr/300, a été traité et est actuellement âgé de 18 ans, bien portant.

3^e gestation 1922: Non suivie à Baudelocque. Acc.: 7 octobre 1933, à terme. Fille morte et macérée, 2.720 gr/410. BW. de la mère après l'accouc.: 0.

4^e gestation 1925 : H. : 00. A reçu une série de Novar avant la grossesse. Deux séries de Novar pendant la grossesse. Acc. : à Baudelocque à terme. Garçon vivant : 2.730 gr. 360. Actuellement vivant et bien portant.

5^e gestation 1932: Suivie à Baudelocque à partir du 4^e mois. H. : 00, mais dès ce moment on constate : albuminurie, hypertension, souffle systolique de la base, dédoublement du 2^e bruit. La femme est

traitée et reçoit une série de Bivatol et une série de Novar pendant sa grossesse. Acc. à Chausier (Maternité) : au 8^e mois. Fille morte et macérée depuis 15 jours environ.

ANALYSE. — On voit qu'il y a eu, aux quatre premières gestations, échec ou succès suivant qu'il y a eu un traitement (deuxième et quatrième gestations) ou pas de traitement (première et troisième gestations).

A la cinquième gestation on a eu un échec, malgré un Hecht négatif et un bon traitement, mais des lésions organiques d'origine syphilitique sont apparues à cette gestation (albumine, hypertension), qui sont probablement la cause de l'échec.

OBSERVATION N° 2

(Due à MM. Marcel Pinard et Vernier)

(Société Médicale des Hôpitaux)

Mme X..., 39 ans.

1^{re} gestation : Albuminurie au 5^e mois.

Accouchem. à 6 mois 1/2 d'un enfant mort.

2^e gestation : Albuminurie au 6^e mois (2 grs).

Accouchement 6^e mois, enfant mort.

3^e gestation : Dès les premiers mois, albuminurie 3 gr.

Cure à Saint-Nectaire.

Accouch. d'un enfant vivant, mort à 10 ans.

4^e gestation : Albumine.

Accouch. à 7 mois 1/2 d'un enfant mort.

5^e gestation : Albumine.

Accouch. 6 mois 1/2, enfant mort et macéré.

Dépistage de la syphilis à la suite de cet accouchement qui a eu lieu à Baudelocque.

BW et Hecht positifs chez le mari et chez la femme.

Traitement préconceptionnel au mercure.

La femme est revue en 1924 en dehors de toute grossesse, elle a un faciès terreux, se plaint de céphalées, a de l'arythmie et une tension à 17/11. Urée 0,39, albumine 0,10.

Traitement arsenical mal supporté.

6^e gestation : Traitement bismuthique pendant la gestation. Albuminurie jusqu'à 6 gr. 50, malgré repos, régime et lait.

Les réactions sérologiques sont à ce moment négatives ; néanmoins accouchement d'un enfant mort.

La femme n'a pas eu de nouvelle grossesse, elle est devenue une cardio-rénale, avec une tension à 22/12.

ANALYSE. — Cette remarquable observation montre combien l'origine syphilitique de certaines albuminuries peut être méconnue. Il a fallu attendre la cinquième « grossesse malheureuse », la première observée à Baudelocque, pour que la syphilis soit dépistée. Mais il était à ce moment trop tard, une atteinte cardio-rénale étant survenue et ayant rendu le traitement à la fois difficile et inefficace.

C. — INSUCCES IMPUTABLES A UNE INSUFFISANCE PROPHYLACTIQUE

Les échecs qu'aucune lésion cardio-vasculaire ou rénale, qu'aucune affection surajoutée ne viennent expliquer, sont de beaucoup les plus nombreux (25 cas).

Ce sont aussi les plus intéressants, car ils sont évitables.

En effet, nous essaierons de montrer qu'ils proviennent habituellement d'une « insuffisance » à l'une ou l'autre des deux étapes de la prophylaxie :

- à l'étape du dépistage (11 cas),
- à l'étape du traitement (14 cas).

ECHECS RELEVANT D'UN DEPISTAGE INSUFFISANT.

Dire que des « échecs du traitement » peuvent relever d'une insuffisance du dépistage, cela peut paraître paradoxal, puisque le fait même que la femme a été traitée implique un dépistage préalable.

Nous le comprendrons pourtant en passant en revue les divers moyens d'investigation qui permettent ce dépistage.

Divers modes de dépistage

Nous n'énumérerons pas les multiples manifestations de la maladie qui, des divers services de la Maternité, peuvent amener au syphiligraphe une femme atteinte de syphilis ou seulement suspecte de cette affection. Dans certains cas :

— *Le diagnostic est facilement posé* : il s'affirme soit par la clinique, soit par la sérologie, soit à la fois par la clinique et la sérologie.

C'est le fait des syphilis acquises en évolution.

C'est le fait aussi des syphilis acquises anciennes, connues et avouées des procréateurs !

C'est le fait enfin des syphilis héréditaires se manifestant par des signes cliniques de certitude.

— *Bien plus souvent, le diagnostic de syphilis est difficile* : parce que l'affection est très fruste ou revêt une forme larvée.

C'est le fait, le plus souvent, de syphilis anciennes ; presque toujours de syphilis héréditaires, de première, de deuxième, voire même de troisième génération.

C'est dans ces formes de syphilis anciennes, le plus souvent très frustes, que, pour venir réellement en aide à l'accoucheur, le syphiligraphe doit exercer toute sa sagacité et user de toute son expérience.

Pour mener à bien son diagnostic, il dispose de divers moyens de dépistage, que nous pouvons ainsi classer :

— Procédés de dépistage infidèles : la sérologie et l'examen clinique.

— Procédés de dépistage fidèles, mais réservés aux seules pluripares : les antécédents obstétricaux.

— Procédé de dépistage fidèle et applicable aussi bien au primipares qu'aux pluripares — c'est le plus important — : l'enquête familiale.

Les examens sérologiques.

Ils sont d'une faible valeur diagnostique, car *les syphilis larvées avec sérologie négative sont de beaucoup les plus nombreuses.*

A la Clinique Baudelôcque, aucune femme ne passe à la consultation ou dans le service d'accouchement sans que soit systématiquement pratiquée, avec son sérum, une réaction de Hecht, réaction d'exécution facile et offrant toutes garanties.

C'est un procédé de dépistage dont on avait attendu beaucoup plus qu'il n'a donné, en pratique obstétricale.

Nos statistiques, qui sont peu différentes de celles fournies par plusieurs auteurs (RUDAUX et MONTLAUR, Sabine RÈKIS, *Thèse Paris*, 1930)) nous ont donné les chiffres suivants :

Sur les 21.241 grossesses observées :

Le nombre de réactions positives fut de 404 ;

Soit un pourcentage de 1,9 %.

Or, le diagnostic de syphilis a été posé, par divers moyens d'investigation, dans 1.753 grossesses.

La sérologie s'est donc montrée positive dans 23 % seulement des syphilis observées.

Aussi peut-on dire que, si l'examen sérologique est d'un intérêt primordial pour le dépistage des syphilis contagieuses, c'est-à-dire dans la prophylaxie de la syphilis « maladie vénérienne », il est d'un très faible secours dans la prophylaxie de la syphilis « maladie héréditaire ».

En résumé : si une sérologie positive peut, quelquefois, dépister une syphilis fruste, dans aucun cas une sérologie négative ne pourra infirmer un diagnostic de syphilis posé par d'autres moyens d'investigation.

Examen clinique.

— Dans certains cas, il reste complètement négatif.

— Parfois, bien que la syphilis soit fruste, il apporte des renseignements discrets.

— Pratiqué par le syphiligraphe lui-même, entraîné à la recherche et à l'interprétation des multiples petits stigmates de syphilis héréditaire, il pourra participer, dans certaine mesure, au diagnostic.

Dans les cas difficiles, aucun symptôme, si minime soit-il, ne doit être négligé. C'est ainsi qu'on trouvera, dans les observations de femmes traitées pour syphilis, des signes tels que : taroupe, absence d'appendice xyphoïde, amorphisme dentaire, etc...

Aucun de ces signes, pris isolément, ne permet de poser l'indication d'un traitement et on fait souvent

dire au syphiligraphe ce qu'il n'a pas voulu dire. Mais si ces petits signes s'associent, au point de former un syndrome, ou s'ils s'associent à des symptômes de probabilité apportés par d'autres moyens d'investigation, ils prennent une réelle valeur diagnostique.

Quoi qu'il en soit, l'examen clinique n'est pas, isolément, un mode de dépistage sur lequel on peut absolument compter.

Les antécédents obstétricaux.

Ils sont d'une bien plus grande importance.

Ils sont souvent le signe révélateur de la syphilis. D'autre part, ils renseignent directement sur la « procréation », ce qui est du plus haut intérêt puisque l'amélioration de cette « procréation » est le but même de la prophylaxie.

On peut les subdiviser en :

- antécédents obstétricaux proprement dits,
- antécédents puerpéraux.

a) LES ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX PROPREMENT DITS

Ils comportent les renseignements recueillis sur :

- L'évolution des grossesses antérieures : hydramnios, albuminurie gravidique, éclampsie, etc...
- Le mode de terminaison de ces grossesses : avortement, expulsion de fœtus morts et macérés, accou-

chements d'enfants mort-nés, ou de débiles morts précocement.

Les antécédents obstétricaux comportent encore les renseignements obtenus sur le placenta : aspect placentaire évocateur de la syphilis (placenta chair à saucisse), disproportion fœto-placentaire importante.

Dans l'interprétation de ces antécédents obstétricaux, l'accoucheur sera à son tour, pour le syphiligraphe, d'un grand secours.

Il l'aidera, pour certains mort-nés du travail, à partager ceux qui sont vraiment de cause obstétricale et ceux pour lesquels le travail ou la manœuvre obstétricale n'ont été que l'occasion de la mort, la cause réelle étant la fragilité, la débilité fœtale.

L'accoucheur, en apportant parfois au syphiligraphe, soit les résultats d'une autopsie, soit un examen histo-bactériologique du placenta, l'aidera à faire la discrimination entre :

- les cas où la syphilis est certaine
- et ceux où elle n'est que probable.

L'interprétation de ces « cas probables » a été, comme celle des stigmates de syphilis héréditaire, l'objet de nombreuses polémiques. Pour ne parler que des avortements précoces, que l'on trouve si souvent dans les antécédents obstétricaux, nous avons dit plus haut que nous y attachons, en l'absence de toute autre cause évidente, une valeur aussi grande qu'à un « mort et macéré », même lorsqu'ils surviennent dans les tout premiers mois de la grossesse.

b) LES ANTÉCÉDENTS PUERPÉRAUX

Ce sont les résultats de l'enquête sur les enfants nés vivants.

Chaque fois que cela est possible, il est bon de voir ces enfants, la syphilis ayant pu laisser chez eux son empreinte.

De toute façon, il importe de connaître :

— Leur poids de naissance, un très gros poids étant plus évocateur de la syphilis qu'un poids insuffisant (Marcel PINARD).

— La date d'apparition, chez eux, des premiers pas, de la parole, des dents, de la propreté (énurésie).

— Les troubles dyspeptiques graves de la première enfance : anorexie tenace, intolérance aux divers laits, vomissements habituels, etc... Ou toutes autres manifestations pathologiques (convulsions, signes méningés, etc...) que ces enfants ont pu présenter.

Si des enfants sont morts, il importera de même de connaître la cause de leur mort.

On voit toute l'importance qu'occupe l'Histoire obstétricale dans le dépistage de la syphilis ; malheureusement, c'est un moyen de diagnostic qui repose sur des échecs antérieurs ; ce n'est donc pas un mode de dépistage idéal au point de vue prophylactique.

Si, parfois, un accident obstétrical est indispensable pour révéler une syphilis vraiment latente, il est

inadmissible d'attendre deux « grossesses malheureuses », parfois trois et plus, pour penser à la syphilis. Nous reproduisons en passant deux lamentables observations de pluripares, prises au milieu de tant d'autres et qui inciteront peut-être, à moins de scepticisme quant à l'interprétation de certains antécédents obstétricaux et quant à la valeur des petits signes dits de probabilité.

OBSERVATION N° 3

P... Germaine, 35 ans.

LA FEMME :

Ant. hér. : Père mort à 65 ans, mère morte à 30 ans (3 enfants : le 1^{er} décédé à 14 mois de méningite d'origine ?; le 2^e, la consultante; le 3^e, un frère qui a eu 3 enfants morts).

Ant. pers. : Née à terme, pas de maladie grave.

Examen : Anarchie dentaire, microdontisme.

LE MARI : 35 ans, H. 00.

Ant. hér. : Père 73 ans, bien portant. Mère morte à 30 ans de tuberculose (1 seul enfant).

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

1^{re} gestation 1929 : f. c. de 2 mois 1/2.

2^e gestation 1930 : f. c. de 3 mois.

3^e gestation 1932 : *Diagnostic* fait sur antécédents, obstétricaux et héréditaires, malgré H. 00.

Traitement : 2 séries de Novar pendant la grossesse. Acct : à terme. Fille morte et macérée, 3.950 gr/860.

ANALYSE. — Dépistage judicieux au cours de la troisième grossesse sur peu de symptômes (antécédents obstétricaux et héréditaires), diagnostic confirmé à la troisième gestation (mort et macéré avec hypertrophie placentaire). Echec à cause de traitement insuffisamment prolongé.

OBSERVATION N° 4

L... Henriette, 31 ans.

LA FEMME :

Ant. hér. : Père décédé à 59 ans d'un *cancer de la langue*. Mère, 51 ans, vivante (2 enfants vivants).

Ant. pers. : ?

Examen : Petite taille, 1 m. 50. Multiples stigmates de rachitisme. Stigmates dentaires, amorphisme, signe de Gaucher. H. 00.

1^{er} MARI : Aucun renseignement.

2^e MARI : 39 ans. H. 00.

Ant. hér. : Père 60 ans, vivant et bien portant. Mère morte à 30 ans, de typhoïde (6 enfants, dont 2 morts).

Ant. pers. : Epilepsie traumatique.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

Premier procréateur :

1^{re} gestation 1934 : Enfant mort-né au terme de 7 mois.

2^e gestation 1924 : Enfant mort et macéré, au terme de 8 m.

Deuxième procréateur :

3^e gestation 1925 : Garçon à terme, 3.129 gr. mort de convulsions et méningite d'origine (?) à 13 jours.

4^e gestation 1935: *Dépistage* à la fois sur ant. obst. petits signes de syphilis héréditaire chez la mère et cancer de la langue du grand-père. Traitement :

2 séries de Bivato!, pendant la grossesse. Acc. à terme spontané, facile. Garçon mort-né, pesant 2 kg. 490. Mort récente, gros foie et grosse rate.

ANALYSE. — Dépistage tardif à la quatrième gestation seulement d'une syphilis héréditaire discrète venant sûrement du grand-père maternel ; mais à cette syphilis ancienne on n'a pu opposer qu'un traitement trop court, pendant la grossesse seulement.

On a toutes chances d'éviter de nouvelles « grossesses malheureuses » par un traitement avant la procréation.

OBSERVATION N° 5

M... Romaine, 26 ans.

LA FEMME :

Ant. hér. : Père et mère vivants (4 enfants bien portants et 1 mort).

Ant. pers. : Rien à signaler. H. 00.

LE MARI :

Ant. hér. : Père et mère bien portants (6 gestations, dont 1 f. c., 1 enfant mort jeune, 4 enfants bien portants.

Examen : 00.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

1^{re} gestation 1928 : Garçon à terme, mort de vomissements habituels du nourrisson à 5 mois.

2^e gestation 1930 : Acc. au terme de 8 mois. Garçon décédé au 3^e jour.

3^e gestation 1932 : Acc. gémellaire au terme de 8 mois. 2 garçons de 2.000 et 2.500 gr., morts à 5 et 6 jours.

- 4° *gestation 1933* : Traitement institué sur antécédents : 3 séries de Novar pendant la grossesse. Acc. à terme. Garçon de 3.659 gr/760. Actuellement vivant, mais a été traité et a présenté des végétations dès les premières semaines, du rachitisme précoce et a toujours été très nerveux.
- 5° *gestation 1935* : Traitement très irrégulier pendant la grossesse. La femme ne reçoit que deux débuts de série de Bivatol. Accouchement à terme. Fille morte et macérée, 2.710 gr. Placenta, 1350 couleur « chair à saucisse » (tréponèmes non recherchés).

ANALYSE. — Les dépistage a été fait à la quatrième gestation sur des antécédents obstétricaux que beaucoup pourront trouver fort discutables.

Cependant, le traitement a amené un enfant vivant, quoique taré, à la quatrième gestation. La cinquième gestation a donné à nouveau un enfant mort du fait du traitement insuffisant et apporté de nouvelles preuves de la syphilis (placenta énorme).

L'enquête familiale.

Son but essentiel est le dépistage de la syphilis héréditaire des procréateurs.

Lorsqu'elle est étendue, minutieuse, précise, c'est le plus important procédé d'investigation, le procédé qui apporte les renseignements les plus constants.

Elle doit naturellement porter, et nous y reviendrons, sur les deux procréateurs.

L'interrogatoire doit être méthodique, précis et complet, même si le diagnostic est déjà orienté.

Non seulement il concernera les parents, mais il s'étendra aux grands-parents, aux collatéraux et aux procréations de ces derniers, s'il y a lieu.

Pour les membres de la famille qui sont morts, on tâchera de préciser la cause de la mort ou, à défaut, l'âge à laquelle elle est survenue et les circonstances qui l'ont entourée.

Pour les membres encore vivants, il ne faudra pas se contenter du qualificatif « vivants et bien portants » si souvent trouvé sur les observations ; une bonne enquête familiale doit essayer de faire préciser les manifestations pathologiques importantes que les ascendants ou collatéraux ont présentées. Les résultats des grossesses de la mère et de la grand'mère seront soigneusement consignées.

Résultats du dépistage

A des moyens d'investigation aussi précis, aussi minutieux, aucune syphilis récente ou ancienne, acquise ou héréditaire, ne devrait échapper. Aucun doute ne devrait subsister, aussi bien sur la santé du père que sur la santé de la mère.

En pratique, l'investigation du côté paternel est souvent difficile :

— D'abord parce qu'on ne peut voir le mari de

chaque femme qui se présente à la consultation des femmes enceintes,

— Et parce que la femme connaît souvent mal les antécédents personnels et familiaux de son conjoint.

Le résultat de ces difficultés d'investigation du côté paternel sont :

Chez les primipares, la méconnaissance complète de toute syphilis, avec comme conséquence une première « grossesse malheureuse ».

Chez les pluripares, ayant eu des antécédents obstétricaux manifestement syphilitiques, la méconnaissance de « l'origine » de cette syphilis, avec comme conséquence, malgré le traitement de la mère, une nouvelle « grossesse malheureuse ».

Ces syphilis paternelles, dont le manque de dépistage peut ainsi être à l'origine d' « échecs du traitement », sont le plus souvent des hérédo-syphilis. Ces formes méritent un chapitre spécial.

Les hérédo-syphilis paternelles

Elles ont été l'objet de quelques communications. Divers auteurs ont signalé qu'elles étaient capables de transmissibilité et pouvaient se manifester à l'occasion de procréation soit par une gestation malheureuse, soit par une syphilis évolutive des enfants.

M. LÉVY-SOLAL relatait, il y a quelques années, sur 17 cas de syphilis de deuxième génération obser-

vés, 12 cas d'origine paternelle pour 5 seulement d'origine maternelle, tous d'ailleurs indistinctement responsables de nombreuses « grossesses malheureuses » et de tares chez les enfants vivants.

A M. Marcel PINARD nous empruntons cette brève mais intéressante observation :

« Un Maître incontesté reçoit autrefois la visite d'un homme qui lui dit : « Mon père vient de mourir de paralysie générale. Puis-je me marier? — Mariez-vous, ne vous traitez pas ! » Trois enfants naissent, leur sérologie est positive, tous sont atteints cliniquement de syphilis évolutive, l'aîné est aveugle. »

Ce Maître, un éminent neurologue, maintenant disparu, ne croyait pas, sans doute, à l'hérédité paternelle de la syphilis.

C'est d'ailleurs une question encore très discutée.

Mais il nous semble que divers auteurs, qui ont insisté pourtant sur l'influence néfaste et indéniable des hérédo-syphilis maternelles, même de deuxième et troisième génération, sur la fonction de reproduction, n'ont pas, dans l'ensemble, attaché une importance suffisante à l'hérédo-syphilis paternelle et à ses conséquences possibles sur la procréation.

Pourtant, l'étude de nombreuses observations, dont nous reproduirons ici quelques-unes, nous permet d'affirmer :

Que le rôle d'une syphilis paternelle héréditaire et

fruste dans l'étiologie des « grossesses malheureuses » est plus fréquent qu'on ne le croit.

Ces observations nous ont aussi permis de constater que, dans ces cas, malgré l'existence chez l'œuf de manifestations nettement syphilitiques, la mère paraissait presque toujours indemne de syphilis à la fois cliniquement et sérologiquement.

Nous ne voulons pas entrer dans les discussions si souvent soulevées par les cas de ce genre :

— La syphilis était-elle seulement inapparente chez la mère, comme semble l'affirmer la loi de COLLE-BAUMES ? Comme l'affirme nettement M. CARLE de Lyon lorsqu'il dit : « La femme qui accouche d'un enfant syphilitique est syphilitique » ? Ou comme le prétend M. FORDYCE de New-York, pour qui l'hérédité ne peut se faire que par la mère ?

— L'affection s'était-elle, au contraire, transmise directement du père à l'enfant, sans contaminer la mère, peut-être même en l'immunisant ?

Ce sont des questions auxquelles nous ne pouvons répondre, bien que la syphilis conceptionnelle ne nous paraisse pas impossible.

Rappelons en effet que M. Marcel PINARD a vu des tréponèmes dans des spermatozoïdes ; le tréponème peut-il pénétrer avec le spermatozoïde dans l'ovule ?

Ou encore le tréponème est-il capable de revêtir, dans le spermatozoïde, ces formes infravisibles dont M. LEVADITI affirme l'existence ?

Ou enfin y a-t-il des hérédo-syphilis paternelles par lésions occultes du testicule et troubles de la spermatogénèse (théorie soutenue par le Docteur BERTIN au Congrès de la Syphilis à Nancy en 1928)?

Ce sont encore trois questions que nous ne faisons que poser sans y répondre, car dans les observations que nous rapportons, nous voulons seulement montrer l'intérêt pratique qu'elles présentent pour la Prophylaxie.

Ayant ainsi insisté sur la gravité possible de ces hérédo-syphilis paternelles, nous nous devons aussi d'insister sur la difficulté de leur dépistage.

Les hérédo-syphilis paternelles sont fréquemment méconnues.

Il peut s'agir : soit d'une méconnaissance complète. C'est le cas chez les primipares, car il n'est pas de règle, de voir le mari ou de faire une enquête approfondie chez toute femme qui est enceinte pour la première fois.

Soit de la méconnaissance de leur transmissibilité et de leurs conséquences possibles. C'est souvent le cas chez les pluripares. Chez elles, on porte parfois, sur des antécédents obstétricaux, le diagnostic de syphilis sans en établir l'origine maternelle ou paternelle, et on se contente de traiter la mère.

Or, dans bien des cas, une enquête familiale plus poussée, un examen attentif du procréateur — ces investigations sont souvent possibles — — pourraient permettre de rapporter à leur véritable origine ces

antécédents obstétricaux et d'éviter ainsi de nouveaux échecs. *En effet, dans ces cas, le traitement de la mère seule, même avant la gestation et pendant toute sa durée, est dans la règle inopérant.*

Les échecs risquent de se reproduire jusqu'au jour où, fatiguée de ces « postérités maudites », la femme vient à changer de procréateur.

On voit qu'il s'agit bien là d'« échecs du traitement » dus à une insuffisance de dépistage.

Nous terminerons ce chapitre en insistant encore sur l'importance de l'enquête dans la ligne paternelle chez toutes les pluripares victimes de « grossesses malheureuses », non seulement lorsqu'on ne trouve rien chez la mère, mais même lorsqu'on décèle chez elle des stigmates suffisants, car la syphilis héréditaire est souvent bilatérale. Et nous pouvons conclure, comme concluaient les Assises Nationales sur « Consanguinité et Descendance », en mars 1935 :

« Les résultats de la procréation dépendent surtout de l'hérédité des ascendants. L'enfant est la résultante entre les « tendances » du père et de la mère, d'où le plus grand risque d'addition des caractères pathologiques. »

Voici maintenant quelques observations de « grossesses malheureuses » dues à une hérédo-syphilis paternelle. S'il arrivait que dans les premières la

syphilis fût mise en doute, ce doute serait levé à la lecture des secondes, qui nous apportent, en même temps que l'argument thérapeutique, le remède prophylactique.

OBSERVATION N° 6

Mme P... Anne-Marie..

LA FEMME:

Ant. hér. : Père et mère vivants, bien portants. Une seule gestation : 2 jumeaux (filles et garçon).

Ant. pers.: Née au terme de 7 mois 1/2 (jumelles).

Enfance facile, aucune maladie grave, a parlé et marché très tôt.

Examen : rien à signaler. — Hecht 00.

LE MARI :

Ant. hér. : Père et mère vivants, ont eu 6 enfants. Trois sont morts (1 prématuré mort-né, 1 enfant mort à 8 jours, 1 enfant mort à 3 mois, de méningite).

Ant. pers. : Enfance difficile.

Examen : Constitution faible (réformé). Stigmates dentaires, canines en grain de riz. Agénésie des incisives.

Hecht : 0.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :

1^{re} gestation : dernières règles le 15 novembre 1934, au 5^e mois, excès de liquide. Enquête familiale faite à ce moment. *Femme mise au traitement* : 2 séries de Novar. Accouchement à terme d'un enfant mort-né.

Traitement conseillé aux deux procréateurs. La femme se traite, le mari refuse de se traiter.

2° gestation : Dernières règles, septembre 1932. La mère reçoit 2 séries de Novar pendant la grossesse. Accouchement en ville au terme de 6 mois 1/2 d'une fille n'ayant vécu que 2 heures.

ANALYSE. — Il s'agit, à n'en pas douter, d'une syphilis d'origine paternelle. Le traitement de la mère seule, bien que correct, a été inopérant.

OBSERVATION N° 7
(Maternité Cognacq-Jay)

Mme L... Louise.

LA FEMME :

Ant. hér. : Pas de renseignements.

Ant. pers. : Pas de renseignements.

Examen : Hecht : 000. — B.W. : 000.

LE MARI :

Ant. hér. : ?

Ant. pers. : Enurésie jusqu'à 12 ans.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

1^{re} gestation : Fille mort-née.

2° gestation : Avortement spontané.

3° gestation : Avortement spontané.

4° gestation : Accouchement à 7 mois 1/2 d'une fille anencéphale, 1.180/320. *Indication du traitement prénatal* posée à l'occasion de cette gestation.

5° gestation : Traitement à partir du 1^{er} mois : 1 série de Bivatol, 2 séries de Novar. Accouchement au terme de 7 mois. Garçon mort-né, 1030/370.

ANALYSE. — Dans cette observation, malgré l'échec à la cinquième gestation d'un traitement pourtant correct, nous n'éliminons pas le diagnostic de syphilis. Au contraire, nous pensons, sur le seul antécédent familial que nous connaissons, l'énurésie du père, qu'il s'agit d'une hérédo-syphilis paternelle.

OBSERVATION N° 8

(Observations dues à Mme le Docteur Corbillon)

Mme X...

LA FEMME :

Ant. hér. : Père mort à 49 ans, affection hépatique (néo?)

Mère morte de tuberculose péritonéale. Ont eu 4 enfants : 2 vivants et 2 décédés de convulsions en bas âge.

Ant. pers. : Née à terme, réglée à 14 ans.

Examen : Stigmates dentaires légers. Taches de vitiligo
Arc lilas des ongles.

LE MARI :

Ant. hér. : Père mort subitement à 44 ans. Mère vivante, 62 ans, bien portante. (1 seul enfant).

Ant. pers. et examen : ? N'a pu être examiné.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

1^{re} gestation 1932 : Acc. à terme en mars 1932. Enfant mort et macéré depuis 1 mois 1/2 au moins.

2^e gestation 1933 : La femme a été mise au traitement après sa première gestation (1 série de Novar et 1 série de Bivatol. Cependant *fausse couche de 2 mois*.

3^e gestation 1933-34 : La femme reçoit pendant sa grossesse : 1 série complète de Sulfar, 2 séries de Bivatol.

Accouch. le 4-7-37, en ville. Enfant mort-né de 4.759 gr./680 gr.

On conseille alors *traitement des deux procréateurs*.

4^e gestation 1935-36 : Le mari a reçu 2 séries de Novar préconceptionnelles, et la femme 2 séries de Bivatol. Elle en reçoit 3 nouvelles pendant la grossesse. Acc. à terme d'un enfant vivant 3.480 gr./610. Stigmates de rachitisme précoce, mauvaise ossification crânienne. Rate et foie non perceptibles.

ANALYSE. — Dépistage dès après la première gestation et à cause d'elle, mais histoire familiale imprécise.

Deux nouvelles gestations malheureuses après un traitement apparemment suffisant de la mère. On pense que les échecs sont dus à une syphilis larvée du père ; le traitement de ce dernier ayant amené un résultat heureux, le diagnostic semble confirmé.

OBSERVATION N° 9

C... Thérèse, 34 ans.

LA FEMME :

Ant. hér. : Père mort jeune de (?). Mère vivante, b. p. (1 f. c. et 4 enfants bien portants).

Ant. pers. : Née à terme, a marché après 13 mois, réglée à 12 ans.

Examen : Hecht : 0.

LE MARI :

33 ans.

Ant. hér. : Mère décédée à la ménopause. Père décédé 69 ans, aortite (2 enfants vivants).

Ant. pers. : Aurait eu des convulsions dans l'enfance.

Hecht : 0.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

1^{re} gestation 1934 : Accouchement à terme le 14 mars.

Accouchement spontané, garçon, 3.800/610. Au 3^e jour, crise de cyanose. Au 4^e jour, crises convulsives ; on fait une série de frictions mercurielles et une série de sulfar. Plus de convulsions mais croissance difficile. A l'âge de 1 mois, apparition d'une *pseudo-paralysie de Parrot* de l'avant-bras gauche. B.W. négatif à ce moment. A l'âge de 4 mois, enfant va très bien. Arrêt du traitement malgré conseils. En mai 1935, enfant revu, hydrocéphalie, strabisme convergent, trait. conseillé non effectué. Le 1^{er} octobre 1935: l'enfant meurt en 4 jours d'une méningite de cause inconnue.

2^e gestation : *Traitement spécifique institué* sur antécédents malgré H.: 00. 2 séries de Quinby, pendant la gestation (en ville). Accouchement (n° 829), le 19 avril 1935, après un travail de 2 heures. Enfant mort au bout de 48 heures : crise de cyanose. Nécropsé : pas d'hémorragie méningée. On conseille après cette gestation, le traitement aux 2 procréateurs. Le mari reçoit 2 séries Bivatoï avant la procréation. La femme reçoit plusieurs séries malgré sérologie négative.

3^e gestation 1937 : 2 séries de Bivatoï pendant la gestation. Accouchement le 11 décembre 1937, en ville. Fille vivante qui s'est élevée facilement, n'a eu aucune manifestation pathologique et est actuellement bien portante.

ANALYSE. — *Premier enfant mort en bas âge après avoir présenté une affection d'origine manifestement syphilitique.*

Deuxième enfant mort aussitôt après la naissance, malgré traitement correct de la mère.

L'hérédo-syphilis semble provenir du grand-père paternel.

En effet, *bon résultat après traitement des deux procréateurs.*

OBSERVATION N° 10

L... Fernande, 25 ans.

LA FEMME :

Atn. hér. : Père 54 ans, b. p. Mère, 43 ans, b. p., 6 gest. (4 enfants vivants, 1 f. c., 1 mort à 8 mois).

Ant. pers. : Née à terme. Réglée à 14 ans. Mastoïdite à 22 ans.

Examen : Taroupe. Hecht : 00.

LE MARI :

27 ans b. p.

Ant. hér. : Père 51 ans, b. p. Mère morte à 45 ans : cirrhose de Laennec (2 enfants, dont 1 mort à 25 ans, d'urémie après enfance délicate).

Ant. pers. : Anarchie dentaire. Stigmates de rachitisme.

Examen : Carabelli. Céphalées. Taroupe. H. 00.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

1^{re} gestation 1929 : f. c. de 2 mois.

2^e gestation 1930 : f. c. de 4 mois 1/2.

3^e gestation 1931 : f. c. de 6 mois 1/2, enfant vit 3 heures.

Dépistage :

RÉSULTATS : *On conseille 2 séries préconceptionnelles.* Novar : 1^{re} série du 28-9-31 au 9-10-31 ; 2^e série du 8-1-32 au 3-2-32.

4^e gestation 1932 : 2 séries pendant la gestation, de Novar. Accouchem. prématuré au terme de 3 mois. Fille morte et macérée : 370 gr./150 gr.

5^e gestation fin 1932 : 1 série de Bivatol dès le début de la grosses. F. c. de 5 mois, en mars 1933, Saint-Antoine.

Les deux procréateurs sont convoqués, un traitement bilatéral préconceptionnel est conseillé. Le mari reçoit 2 séries de Novar, 1 série de Bivatol.

6^e gestation 1934 : Femme traitée à Saint-Antoine pendant grossesse. Accouchement en ville, 1^{er} mars 1935 au terme de 8 mois. Fille pesant 3.100 gr. avec gros placenta. Enfant traitée, actuellement vivante et b. p. après une enfance difficile et retard de la marche et de la dentition.

7^e gestation 1936 : Le mari avait été à nouveau traité avant La femme a été traitée pendant (2 séries de Bivatol). Accouch. près du terme, juillet 1937. Fille 3.400 gr., actuellement vivante et b. p., traitée.

ANALYSE. — Trois gestations malheureuses avant tout traitement.

Deux gestations malheureuses après un traitement très correct, mais de la mère seule.

Ce fait incite à penser que la syphilis vient du père, comme semblent l'indiquer du reste les antécédents familiaux de celui-ci.

Les deux gestations heureuses survenues après traitement des deux procréateurs :

- 1° Confirment le diagnostic ;
- 2° Montrent que le traitement de l'œuf seul, par l'intermédiaire de la mère, a été tout à fait inopérant.

ECHECS DU TRAITEMENT IMPUTABLE A UNE INSUFFISANCE DE CE TRAITEMENT

Le traitement est la seconde étape de la prophylaxie et, après le dépistage, plusieurs questions se posent pour le syphiligraphe :

- 1° Quels sont les cas justiciables du traitement ?
- 2° Lequel des procréateurs faut-il traiter ?
- 3° Quelle sera l'intensité du traitement ?
- 4° Quand sera-t-il appliqué ?

Nous passerons en revue ces quatre problèmes et nous insisterons plus longuement sur le dernier, qui nous paraît avoir le plus d'importance dans l'étiologie des échecs du traitement.

1° Quels sont les cas justiciables du traitement ?

En matière de prophylaxie prénatale, les indications du traitement doivent être posées plus largement que si l'on envisage seulement la santé des procréateurs eux-mêmes. Il ne faut pas entrer dans la distinction entre : syphilis en évolution et
syphilis éteintes,

entre : syphilis « blanchies » et
syphilis guéries ;

car, il est difficile d'affirmer qu'une syphilis est guérie ; on n'est jamais certain qu'une syphilis est vraiment éteinte et ne sera pas réactivée, comme le cas a été fréquemment signalé, par le fait même de la grossesse ; aussi l'accoucheur peut-il difficilement considérer plusieurs variétés de syphilis ; il ne doit y avoir pour lui que : « *La syphilis* » avec tout ce qu'elle comporte de dangers pour la procréation.

Sont donc justiciables du traitement :

a) TOUS LES CAS CERTAINS DE SYPHILIS ACQUISE OU HÉRÉDITAIRE, récente ou ancienne, de l'un ou l'autre des procréateurs ; tous les cas où le dépistage a apporté une certitude.

Toutefois, dans les cas particuliers de syphilis présumée guérie, on pourra, à la rigueur, se dispenser de traiter les procréateurs qui ensemble, ont déjà procréé des enfants indemnes de toute atteinte syphilitique.

Mais, lorsque les enfants, même bien portants, sont porteurs de stigmates, on devra conseiller le traitement en vue d'une gestation ultérieure, car à un enfant seulement porteur de stigmates peut succéder un avortement ou un mort-né.

b) LA PLUPART DES CAS DE SYPHILIS PROBABLE, en faisant alors une distinction entre primipares et pluri-pares.

— Chez les primipares, on ne peut vraiment insti-

tuer un traitement sur des probabilités, mais on suivra de très près la gestation en cours, la syphilis étant susceptible de se manifester de façon plus évidente à cette occasion.

— Chez les pluripares, les indications sont plus faciles à poser, les antécédents obstétricaux affirment la nécessité du traitement.

2° Lequel des procréateurs faut-il traiter ?

Il faut toujours traiter la mère pendant la gestation ; c'est la meilleure prophylaxie de la syphilis héréditaire, car :

— Elle permet de protéger l'œuf contre une infection maternelle ;

— C'est le seul moyen d'atteindre l'œuf en cas d'infection d'origine paternelle.

Le traitement de la mère, au moins pendant la grossesse, est donc indispensable. Est-il suffisant ?

Il est insuffisant lorsque, de façon certaine, la syphilis, qu'elle soit acquise ou héréditaire, est exclusivement maternelle.

Il est suffisant lorsque, de façon certaine, la syphilis, nous avons assez insisté plus haut sur la gravité possible des syphilis paternelles frustes pour conseiller très vivement le traitement des deux procréateurs :

— lorsque la syphilis est conjugale,

— lorsqu'il existe une hérédo-syphilis bilatérale,

— lorsque la syphilis est douteuse quant à son origine, mais se manifeste sur le produit de la conception.

On voit donc qu'au point de vue prophylactique, le traitement des deux procréateurs s'impose souvent. En pratique, au point de vue psychologique, il s'impose presque toujours, car il est prudent de faire partager aux deux conjoints les responsabilités.

3° Quel sera l'intensité du traitement ?

Le traitement appliqué sera toujours un traitement intense car, en matière de traitement prénatal, le temps est limité. Il faut frapper vite et fort.

Nous ne croyons pas qu'il faille proportionner l'intensité du traitement à l'importance des signes de syphilis chez les procréateurs et appliquer un traitement doux aux syphilis frustes, comme certains le préconisent. Les syphilis les plus frustes sont souvent les syphilis les plus anciennes et les plus difficiles à atteindre par le traitement ; les syphiligraphes sont d'accord sur ce point.

Nous considérons toute syphilis prénatale comme une syphilis en évolution justiciable d'un traitement « d'attaque ». C'est pourquoi nous nous adressons toujours à des médications fortes, à celles qui, dans l'arsenal thérapeutique antisypilitique, offrent le plus de garanties, c'est-à-dire :

- Les arsenicaux trivalents du type Novarsénobenzol ou Sulfarsénol ;
- Les sels de bismuth oléo-solubles, d'élimination lente.

Les règles des doses, des séries et de leurs intervalles sont naturellement respectées.

Il faut « loger », pendant la grossesse, le plus grand nombre possible de séries. Les grossesses n'étant habituellement reconnues que vers le troisième mois, nous avons calculé qu'il est difficile de faire plus de deux séries et demie à trois séries au maximum pendant la grossesse.

C'est pourquoi, plus haut, nous avons pris comme traitement minimum apparemment correct, un traitement fait de deux séries de médications fortes.

Les médications moins actives, telle que le mercure, trouveront place dans les cures d'entretien, entre deux gestations, par exemple, pour consolider un traitement actif ayant déjà amené un succès.

4° Quand le traitement sera-t-il appliqué ?

Que le traitement soit indispensable pendant toute la durée de la gestation, cela est indéniable et n'est nié par personne ; mais ce traitement est-il suffisant ?

Nous devons alors faire la distinction entre les syphilis acquises en évolution et les syphilis anciennes ou apparemment éteintes.

— POUR LES SYPHILIS EN ÉVOLUTION, il n'est pas

douteux qu'il faille traiter, avant la conception même, les deux procréateurs, puisque ce traitement vise non seulement à l'amélioration de la procréation, mais à la guérison des procréateurs.

— POUR LES SYPHILIS ANCIENNES OU APPAREMMENT ÉTEINTES, la question est plus discutée ; pourtant, elle ne nous paraît pas discutable. Comme nous l'avons déjà dit, les syphilis anciennes sont toujours plus difficiles à atteindre par le traitement ; de même qu'elles demandent un traitement énergique, elles demandent un traitement prolongé.

C'est un fait d'observation courante qu'un traitement court, pratiqué pendant la grossesse seulement, chez une syphilitique en évolution ayant un B.W. positif, permet souvent la naissance d'un enfant, non pas indemne de syphilis, mais au moins vivant.

Il n'en est pas de même pour les syphilis anciennes qui, malgré le même traitement, demeurent souvent foéticides.

Nous pouvons donc conclure que : *plus encore que les syphilis en évolution, les syphilis anciennes demandent un traitement prolongé.*

Nos observations nous ont montré que la méconnaissance de cette règle ou l'impossibilité de l'appliquer, était à l'origine de nombreux échecs du traitement.

La seule façon pour le traitement prénatal d'être prolongé, c'est d'être précoce, c'est-à-dire institué avant la gestation.

Mais, avant la gestation, chez qui devra-t-il être appliqué?

Nous n'avons alors qu'à répéter ce que nous avons dit au paragraphe 2, c'est-à-dire :

— Traiter les deux procréateurs, s'ils sont ou semblent être tous les deux en cause ;

— Traiter la mère seulement, si elle est seule en cause ;

— Traiter le père seulement, si la syphilis semble venir de lui exclusivement ; ce traitement n'excluant pas, nous le répétons, le traitement de la mère pendant la grossesse.

En pratique, ce traitement précoce est fonction de la précocité du dépistage. C'est pourquoi il n'est souvent appliqué que chez les pluripares, à la suite de « grossesses malheureuses », et c'est pourquoi aussi les primipares qui sont dépistées trop tardivement sont victimes du plus grand nombre d'échecs.

Les observations n° III et n° IV rapportées plus haut nous fournissent deux exemples d'insuccès d'un bon traitement, mais effectué pendant la gestation seulement.

Les deux observations ci-dessous rapportent des cas du même genre, mais où le succès a pu être ensuite obtenu par un traitement plus précoce.

OBSERVATION N° 11

L... Julia E., 34 ans.

LA FEMME :

Ant. hér. : Père mort à 29 ans de tuberculose. Mère morte à 55 ans de *cirrhose de Laennec* ; ont eu 5 enfants ; la consultante est seule survivante ; 3 sont morts entre 4 et 8 mois. 1 est mort à 4 ans de *méningite* (de cause inconnue).

Ant. pers. : Née à terme, *très gros poids*, 12 livres. Première enfance *difficile* ; *coryza* tenace, *convulsions* à un an.

Examen : Voûte très ogivale ; amorphisme dentaire ; microdontisme, carie dentaire généralisée.

Hecht : 00.

LE MARI :

Ant. hér. : Père et mère vivants, bien portants. Est de bonne santé. H. : 00.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

1^{re} gestation en 1925 : Fille morte et macérée à terme, 3.500 gr.

2^o gestation en 1926 : Garçon vivant au terme de 8 mois. Actuellement vivant mais traité aux « Enfants Malades » pour hydrocéphalie, crises convulsives à répétition et kératite neuro-paralytique.

3^e gestation en 1933 : Occasion du dépistage. La femme est traitée sur ses antécédents malgré H. 00. Elle reçoit une série et demi de Novar ; une série de Bivatol. Accouchement le 23-12-33 à terme d'un enfant mort-né pesant 2.160 gr. (gros foie et grosse rate). Placenta: 470.

Traitement préconceptionnel conseillé :

2 séries de Bivatol en 1934.

1 série de Bivatol début 1936.

1 série de Bivatol, fin 1936.

4^e gestation D. R., 10 mai 1937 : Sérologie toutes méthodes:
00. Traitement pendant la grossesse : 2 séries de Néo-cardyl. Accouchement à terme, en ville, d'un enfant vivant, ne présentant aucun stigmate de S. H. et actuellement très bien portant.

OBSERVATION N° 12

S... Jeanne, 17 ans.

Ant. hér. : Vivants. Ont une seule fille vivante (la consultante) après deux avortements de la mère.

Ant. pers. : Née au terme de 8 mois. Premiers pas et premiers mots à 2 ans 1/2.

Examen : Ichtyose depuis la naissance (généralisée), malformation congénitale des doigts. Grosse anarchie d'implantation des dents avec anomalie de forme et érosions. Inégalité pupillaire. B.W. 0.

HISTOIRE OBSTÉTRICALE :

1^{re} gestation D. R. 8-7-1934. La femme est en traitement ininterrompu à Cochin depuis 1930. Elle reçoit pendant la grossesse une seule série de Néo-Cardyl. Accouchement spontané à terme d'une fille vivante : 3.680 gr. Placenta : 610 gr. Ne présentant aucun stigmate de S. H. Actuellement bien portante.

2^e gestation D. R. 22-5-1936 : La femme a cessé tout traitement depuis sa première grossesse. Elle reçoit pendant celle-ci : 2 séries de Oléo-bismuth. Acc. au terme de 7 mois d'un mort-né pesant 2.170 gr. Gros placenta : 470 gr.

L'analyse de ces deux observations nous montre que, dans les deux cas, il a été indispensable, pour avoir un bon résultat obstétrical, d'effectuer un traitement *avant* et *pendant* la grossesse.

Dans la seconde observation, le traitement, qui n'a pas été effectué immédiatement avant la conception, s'est même révélé insuffisant.

En résumé

On voit donc que la série d'échecs imputables directement à la syphilis et liés à une insuffisance de la prophylaxie proviennent :

A L'ÉTAPE DU DÉPISTAGE : de la méconnaissance de l'origine paternelle d'un accident obstétrical syphilitique, méconnaissance qui a entraîné le traitement de la *mère seule*.

A L'ÉTAPE DU TRAITEMENT : de l'absence de traitement de la mère *avant la gestation*, surtout en cas de syphilis ancienne.

CONCLUSIONS

Dans ce travail, nous avons plus spécialement fait porter notre étude sur :

Les échecs du traitement antisypilitique prénatal

— Par « *échecs* » nous entendons :

a) les grossesses n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant ;

b) celles ayant abouti à l'expulsion d'un enfant « débile », mort dès les premiers jours après la naissance,

— en excluant de notre définition :

a) les enfants manifestement morts d'une complication du travail ou d'une manœuvre obstétricale ;

b) les enfants nés vivants et qui, bien qu'entachés de syphilis héréditaire, sont sortis vivants de la maternité.

— Par « *traitement prénatal* » nous entendons :

Un traitement « minimum » au-dessous duquel on ne peut parler de traitement efficace, et que nous avons fixé à deux séries arsénicales ou bismuthiques, pendant la grossesse.

Les statistiques par nous dressées, sur sept années de fonctionnement à la Clinique Baudelocque, nous ont montré que :

— le pourcentage d' « échecs » chez les femmes ayant subi un traitement prénatal, pourtant correct en apparence, est encore de 4,5 %.

Il nous a semblé que ce chiffre pouvait être abaissé. Par l'analyse de nombreuses observations de mères syphilitiques traitées sans succès, nous avons essayé d'établir dans chaque cas la cause d'échec du « traitement prénatal », nous avons été amené aux conclusions suivantes :

1° CERTAINS ÉCHECS SONT INDÉPENDANTS DU TRAITEMENT, car ils proviennent de causes surajoutées à la syphilis (infections ou intoxications, générales ou gravidiques).

2° CERTAINS ÉCHECS SONT INÉVITABLES PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE, parce qu'ils relèvent directement de lésions syphilitiques organiques, fixées, et qui lui sont devenues inaccessibles (néphrites, hypertension, etc...).

3° LES AUTRES ÉCHECS SONT « LES VRAIS ÉCHECS DU TRAITEMENT », ET NOUS PARAISSENT INÉVITABLES, car ils sont dus presque tous aux *deux causes suivantes* :

A. — *L'absence de traitement de la mère avant la gestation*, le traitement, même intense, pendant la

grossesse seulement s'étant montré, dans la majorité des cas, insuffisant.

B. — *L'absence de traitement du père, avant la conception.* Le rôle d'une syphilis exclusivement paternelle, dans l'étiologie des « grossesses malheureuses », est en effet plus fréquent qu'on ne le croit ; il est souvent méconnu, et sa méconnaissance est grave, car, dans ce cas, le traitement de la mère seule, c'est-à-dire le traitement de l'œuf, même dès le début de la gestation et pendant toute sa durée, est dans la règle insuffisant.

L'explication de ces deux causes d'échecs, nous l'avons trouvée dans la constatation suivante :

« Quel que soit le procréateur en cause, *la syphilis responsable est, dans la règle, une syphilis ancienne, habituellement héréditaire, toujours fruste et larvée.* »

Or, d'après les règles de la syphilothérapie, ces variétés de syphilis nécessitent un traitement prolongé. Aussi pouvons-nous conclure que, dans les deux cas, la cause d'échec a été :

UN TRAITEMENT INSUFFISAMMENT PROLONGÉ, C'EST-À-DIRE INSUFFISAMMENT PRÉCOCE *pour* L'ANCIENNETÉ DE LA SYPHILIS.

COMME REMÈDES : nous affirmons la nécessité *d'ajouter au traitement de la mère pendant la grossesse :*

1° *Le traitement de la mère avant la gestation, si la syphilis est exclusivement maternelle ;*

2° *Le traitement du père avant la conception, si la syphilis paraît exclusivement paternelle ;*

3° *Le traitement des deux procréateurs avant la procréation, si l'enquête familiale montre qu'ils peuvent se partager les responsabilités.*

AU POINT DE VUE PRATIQUE : il est évident que le traitement ne pourra être précoce que si le dépistage peut lui-même être fait en temps utile.

Cela explique *la fréquence des échecs chez les primipares*, la syphilis n'étant, le plus souvent, dépistée chez elles qu'en cours de grossesse.

Et cela nous montre aussi de quelle précieuse utilité serait, pour la « Prophylaxie de la Syphilis Héritaire » :

La consultation pré-nuptiale

Grâce à elle, avant toute procréation, le médecin posséderait le dossier de chacun des procréateurs, ce qui lui permettrait de conseiller, dans certains cas, « un traitement préconceptionnel d'emblée », en faisant partager les responsabilités aux deux conjoints.

Vu :

**LE DOYEN,
TIFFENEAU.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LÉVY-SOLAL.**

Vu et permis d'imprimer :

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.**

BIBLIOGRAPHIE

- BOYER (P.). — La consultation héréditaire à la Maternité de Port-Royal. (*Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, Mai 1933, n° 5).
- BUREAU (Y.). — Le dépistage de la syphilis latente de la femme enceinte. (*Gazette Médic. de Nantes*, 1-9-33).
- CARLE (M.). — Conceptions actuelles sur la prophylaxie et le traitement de la syphilis congénitale. (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 322, 5-11-33).
- CAVAILLON. — Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire. (*La Puériculture*, 25-12-31).
- COUVELAIRE (A.). — Progrès réalisés dans la prophylaxie de la mortalité foetale pendant la gestation. (*In Paris Médical*, décembre 1928).
- Essai d'organisation de la prophylaxie de la syphilis héréditaire. (*Rapport à la Conférence Internationale de Défense Sociale contre la Syphilis*, Nancy, Mai 1928).
 - Contribution à l'étude de la prophylaxie de la syphilis congénitale. (*Journées Médicales Belges*, 24-28 juin 1933, in *Scalpe*, 12-7-33) et *Bruxelles Médical*, n° 2, 12-11-33.
- Conférence de la Syphilis Héréditaire*, Paris, 1925, procès-verbaux des séances.

Conférence Internationale de Défense Sociale contre la Syphilis, Nancy, 1928. Procès-verbaux des séances.

DEKEYSER. — Le dépistage de la syphilis chez la mère nourrice et le nouveau-né. (*Pédiatrie Pratique*, 15 décembre 1927).

DUJOL (G.) et LAURENT (Ch). — Prophylaxie de la syphilis héréditaire. (*Presse médicale*, 21 décembre 1927).

DUPIE (O). — Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis dans les maternités. Essai historique. (*Thèse Paris*, 1922).

FRUHINSHOLZ. — Hérédo-syphilis rétractaire. Les « postérités maudites ». (*Progrès Médical*, 7 février 1931).

GIRARD et RISTERUCCI. — Syphilis et grossesse. Préface du Docteur Cavaillon (Maloine, 1936).

GOUGEROT (H.). — Traitements préventifs de l'hérédo-syphilis. In *Concours Médical*, 18 novembre 1935, et in *La Prophylaxie Antivénérienne*, janvier 1936.

LESNE et LINOSSIER-ARDOIN. — La prophylaxie de la syphilis congénitale. (*Le Nourisson*, janvier 1933).

— La prophylaxie et le traitement de la syphilis chez les enfants de parents syphilitiques avérés. (*La Puériculture*, janvier 1933 et mars 1933) et 2^e Conférence de l'Assistance Internationale de Pédiatrie préventive (Genève, septembre 1932).

LAURENT et PEYROT. — Le dépistage de la syphilis dans les Maternités. (*Loire Médical*, mars 1928).

LEVADITI, SCHOEN (Mlle), Mrs A. VAISMANN et CONSTANTINESCO (N.). — Le cercle évolutif du virus syphilitique. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 20 juin 1933).

LEVY-SOLAL. — Rapport à la Conférence de la syphilis héréditaire de Paris, 1925.

- MENNERET (Yvonne). — Essai historique sur la prophylaxie médico-sociale de la syphilis congénitale. (*Thèse Paris*, 1928).
- MAUREL (P.). — Prophylaxie de la syphilis héréditaire. (In *Concours Médical*, 19 mars 1935).
- MONTLAUR (H.). — Les syphilitiques candidats au mariage. Etude des conditions d'admissibilité et des moyens d'investigation. (*Thèse Paris*, 1919).
- MORIN (J.-H.-L.). — Une consultation de dépistage de la syphilis dans une maternité. (*Thèse Paris*, 1932).
- PINARD (Marcel). — Le traitement des hérédo-syphilitiques (in *Bruxelles Médical*, n° 11, 1934).
- POMERAIS (Ch.). — Le dépistage de la syphilis et de l'hérédo-syphilis dans un service de maternité. (*Thèse Paris*, 1928).
- POTELUNE. — Influence de l'hérédo-syphilis maternelle sur le produit de la gestation. (*Thèse Paris*, 1927).
- REKIS (Sabine). — Valeur des réactions sérologiques de la syphilis au cours de la gestation et de la puerpéralité (*Thèse, Paris*, 1930).
- RUDAUX et MONTLAUR. — Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale. 1 volume, Masson, 1931).
- Syphilis et gestations (in *L'Hôpital*, février 1927).
- RUDAUX, MONTLAUR (Mme) et MONTLAUR (H.). — Résultats et statistiques de la consultation antisiphilitique de la Maternité. (*Rapport à la Conférence Internationale de Nancy*, 1928).
- SCHACHTER (de Bucarest). — Quelques faits sur les causes de mort du fœtus. (In *Science Médicale Pratique*, 1^{er} novembre 1934).
- SECRET (Ed.). — A propos du dépistage de la syphilis dans les maternités. (*Thèse Paris*, 1928).

VERNIER. — La part de la syphilis dans les albuminuries de la gestation. (*Thèse Paris*, 1927).

VIGNES (H.). — Le dépistage de la syphilis chez la mère nourrice et chez l'enfant nouveau-né. (In *La Puériculture*, janvier 1928).

— Le traitement prophylactique de la syphilis congénitale. (*Concours Médical*, 13 novembre 1935).

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Historique du traitement antisyphilitique pré-natal....	17
Les dispensaires antisyphilitiques annexés aux maternités	24
Statistiques personnelles	29
Les échecs du traitement	37
CHAPITRE PREMIER. — Insuccès indépendants de la syphilis des procréateurs	40
CHAPITRE II. — Insuccès imputables à une lésion organique syphilitique	42
CHAPITRE III. — Insuccès imputables à une insuffisance prophylactique	48
A. — Echecs relevant d'un dépistage insuffisant.	48
Divers modes de dépistage	49
Les hérédo-syphilis paternelles	60
Observations	65
B. — Echecs imputables à l'insuffisance de ce traitement	72
Observations	79
Conclusions	83
Bibliographie	87



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères

